

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis BROT

Né à Champlitte (Haute-Savoie), le 15 août 1888
Ancien interne de l'hôpital Prince-Albert à Monaco

LA TÉNO-SYNOVITE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

77

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N^o 77

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis BROT

Né à Champlitte (Haute-Savoie), le 15 août 1888
Ancien interne de l'hôpital Prince-Albert à Monaco

LA TËNO-SYNOVITE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	FINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'honneur

*Respectueux hommage de
son élève.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse, avec
tous nos remerciements
pour les précieux conseils
et les bienveillants encourage-
ments qu'il n'a cessé
de nous témoigner.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIÉ

Chirurgien de l'hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL DE DIJON

MM. les D^{rs} BLANC

BRENOT

BROUSSOLLE

DEROYE

DUBARD

FERRY

GAULT

MM. les D^{rs} LECLERC

LONGIN

MICHAUD

PARIZOT

TASSIN

ZIPFEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLAUD

Chirurgien en chef de l'Hôpital Prince-Albert à Monaco

Hommage respectueux.

LA TÉNO-SYNOVITE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

INTRODUCTION

C'est en vain qu'on chercherait dans les traités des maladies de l'enfance un chapitre consacré à l'hérédo-syphilis des synoviales tendineuses. Si des cas comparables à ceux que nous allons étudier dans ce travail ont été observés — et il nous paraît difficile qu'il n'en soit pas ainsi — ils doivent être bien rares, car nous n'en avons pas trouvé mention dans les auteurs classiques ni dans les principales monographies que nous avons consultés. Tout nous porte donc à croire qu'il s'agit là d'une localisation sinon inconnue, du moins à peine soupçonnée de l'hérédo-syphilis, localisation qui mérite cependant une description : mieux connue elle sera plus souvent recherchée et il arrivera probablement pour elle ce qui s'est produit pour d'autres affections, bien classiques aujourd'hui, à côté desquelles on passait autrefois sans les voir.

La téno-synovite hérédo-syphilitique appartient à

la syphilis du système locomoteur, c'est-à-dire aux localisations du tréponème sur les os, sur les articulations qui les unissent, les muscles et les tendons qui les font mouvoir. C'est dire qu'elle fait partie d'un chapitre fort intéressant de la syphilis héréditaire, mais qui ne comprend pas les manifestations les plus fréquentes, tout au moins au point de vue clinique, de l'infection syphilitique.

Il n'est donc pas sans intérêt de passer en revue ici — en se plaçant à un point de vue général et sans entrer dans les détails — les principales déterminations de la syphilis chez l'enfant, afin de mettre en relief la place qu'il convient de donner à celle que nous étudions dans ce travail.

On peut dire qu'il n'y a pas un tissu, pas un organe du nouveau-né ou du petit enfant qui ne puisse être atteint par l'infection syphilitique. Cependant le tréponème frappe de préférence certaines cellules, certains tissus. Il y a donc des lésions, partant des syndromes plus fréquemment observés que d'autres.

Comme exemple de la diffusion du virus syphilitique, on peut citer le fait de ce qu'on pourrait appeler la septicémie spirillaire, type anatomo-clinique spécial au fœtus, au tout nouveau-né et cause de la mort *in utero* ou dans un délai très rapproché de la naissance. C'est grâce aux progrès de la bactériologie qu'on a pu se rendre compte de la réalité de ce type particulier. En effet, dans la plupart des organes d'enfants syphilitiques mort-nés ou succombant peu de temps après l'accouchement, les méthodes spé-

ciales d'imprégnation sur coupe démontrent la présence du microbe de Schaudinn : le foie, la rate, les capsules surrénales, les poumons sont parmi les plus atteints et souvent sans qu'une réaction histologique ait eu le temps de faire et de donner ce que nous appelons une lésion.

Il s'agit donc bien là d'une vraie septicémie. De même le tissu synovial est probablement parasité, mais des recherches précises manquent sur ce point : en tout cas, nous comprenons facilement, grâce à l'exemple que nous venons de rapporter, comment et par quelle voie le tissu synovial peut être atteint au même titre que les autres.

Parmi les grandes localisations de la syphilis héréditaire, celles de la peau et des muqueuses forment une des plus importantes et par la fréquence et par l'intérêt qu'elles soulèvent au point de vue clinique. Nous n'insisterons pas sur ces manifestations bien connues, dont les principales sont le coryza, les syphilides maculeuses de la peau, les syphilides bulleuses (pemphigus) et squameuses (psoriasis palmaire et plantaire), les syphilides cutanéomuqueuses, buccales, anales et vulvaires. Faciles à reconnaître dans leurs formes typiques, elles sont parfois d'appréciation délicate lorsqu'elles sont frustes ou que le terrain (athrepsie), ou des affections secondaires telles que l'ecthyma ou l'impétigo en compliquent l'évolution. Disons seulement que nous nous sommes particulièrement attaché à les dépister en pratiquant un examen systématique et minutieux du tégument

et des orifices naturels chez les petits malades qui nous ont été présentés.

La syphilis viscérale, la syphilis des parenchymes forme un groupe particulièrement intéressant pour le pédiâtre. A cette catégorie de localisations de la spirillose se rattache en effet toute une série de lésions et de syndromes excessivement variés, souvent difficiles à rapporter à leur cause, très intéressants pour le clinicien parce qu'ils lui permettent de comprendre certains troubles en apparence sans explication plausible, et que plusieurs d'entre eux viennent lui donner la clef d'un diagnostic épineux. Nous citerons ici : l'hépatite, la néphrite, la splénite, l'orchite. Nous insisterons surtout sur la splénite et l'orchite car nous avons pu apprécier, à maintes reprises, la valeur diagnostique d'une rate débordant plus ou moins les fausses côtes ou d'un testicule gros et dur. La recherche systématique et l'appréciation de l'état de ces organes sont devenus pour nous une règle, pourvu que les troubles observés chez l'enfant ne s'éclairent pas facilement par une cause connue.

Le système nerveux et les organes des sens présentent également chez le nouveau-né des altérations syphilitiques d'un grand intérêt, mais certainement plus rares que les autres lésions ; nous ne nous y attarderons pas dans cette rapide revue.

Nous arrivons maintenant à une catégorie de localisations spirillaires qui touchent de tout à fait près notre sujet : nous voulons parler des lésions provoquées par le virus sur les organes de soutien et de

translation. Le tissu osseux est particulièrement atteint par l'hérédo-syphilis. Nous rappelons ici la fréquence des lésions périostées décelées à l'autopsie des nourrissons syphilitiques, lésions souvent grossièrement sensibles à l'examen macroscopique, mais dont le microscope permet de reconnaître facilement l'importance et la diffusion. Nous rappelons également l'intérêt clinique des malformations craniennes : front olympien, retard de l'évolution des fontanelles et des sutures, ensellure naso-frontale. A notre point de vue, le diastasis crânien représente un stigmate important de l'hérédo-syphilis et nous lui reconnaissons une grande valeur diagnostique dans les cas épineux. Une localisation également intéressante de l'hérédo-syphilis sur le tissu osseux est l'épiphyssite qui provoque, comme on le sait, le syndrome pseudo-paralytique de Parrot. Il s'accompagne parfois de lésions articulaires, dues le plus souvent à des infections secondaires mais imputables parfois au virus lui-même.

Avec la syphilis ostéo-articulaire nous arrivons à la syphilis des synoviales : c'est-à-dire à une question qui fait partie de notre sujet. Disons tout d'abord que ce type de détermination spirillaire n'appartient pas à l'hérédo-syphilis précoce mais à la forme tardive de l'infection. Mais tel est, pour nous, l'intérêt de cette localisation que nous devons lui consacrer un développement spécial et plus étendu. Élargissant notre champ d'étude, nous en rapprocherons ce qui est connu, à ce sujet, dans la syphilis acquise de

l'adulte. Nous pourrions ainsi mieux comprendre l'anatomie et la physiologie pathologique de la syphilis synoviale en général.

Mais avant d'aborder ce paragraphe qui sera traité au cours de la description de la ténosynovite hérédosyphilitique et pour nous en tenir au cadre général d'une description forcément succincte des manifestations diverses de l'infection due au microbe de Schaudinn, nous devons dire quelques mots d'une détermination spirillaire du système locomoteur qui nous intéresse, ne fût-ce que pour en rappeler l'existence et attirer l'attention sur un point délicat de diagnostic : nous voulons parler de la myosite syphilitique.

La myosite paraît exister dans l'hérédosyphilis des jeunes enfants. Nous disons « paraît » parce que nous n'avons pas de certitudes suffisantes pour en affirmer la réalité et que nous devons à son égard nous en rapporter surtout à des probabilités cliniques. La question a été posée par Hénoc'h ; en raison de l'intérêt que présente pour notre étude les observations du grand pédiâtre allemand, nous rappelons deux faits qu'il relate dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*.

Le premier cas concerne un enfant de quatorze mois chez qui l'examen révéla de la contracture du bras droit dans l'articulation du coude, des doigts de la main droite et des deux membres inférieurs dans les articulations des genoux. Il lui était impossible de se tenir droit, de s'asseoir, de saisir un objet de la main droite. Le biceps brachial et les fléchisseurs

de la jambe étaient fortement tendus et toute tentative de redressement provoquait des cris aigus. Il y avait en même temps des papules autour de l'anus et au scrotum, des excoriations aux narines et aux angles de la bouche, du coryza, du gonflement des ganglions claviculaires et axillaires. L'anamnèse révéla que l'enfant avait souffert pendant plusieurs mois d'un fort coryza, d'une « éruption bulleuse », d'ulcères, et pendant plusieurs jours, à l'âge de trois semaines, de convulsions épileptiformes à la suite desquelles les contractures se seraient peu à peu développées. « Après que l'enfant eut pris du mercure pendant un mois, dit Hénoc, je pus, le 23 décembre, ouvrir la main droite et même un peu fléchir les genoux. Jusqu'au 3 février 1868, amélioration graduelle. Le 23, on passa à l'iodure de potassium. Le 30 mars, l'enfant commence à courir et à se servir de la main droite. » Hénoc hésite à propos de ce cas entre une lésion du système nerveux avec contracture et une affection myopathique produite par une myosite interstitielle syphilitique. Nous ferons remarquer que des contractures par altération du névraxe constituent chez l'enfant un symptôme fort grave et de pronostic très sombre (en dehors de la maladie de Little vraie) et que l'amélioration, en somme assez rapide, sous l'influence du mercure, plaide plutôt en faveur de la seconde hypothèse.

On pourrait même se demander si à la myosite ne s'ajoutait pas, dans ce cas, de la téno-synovite car les troubles de raideur douloureuse, observés par

l'éminent clinicien, rappellent de fort près, comme nous le verrons, ce que nous avons observé chez notre malade. Quoi qu'il en soit, l'existence d'une myosite syphilitique ne paraît pas douteuse dans la seconde observation relatée par Hénoc'h : chez un enfant syphilitique de quatre mois, existait une forte contracture et de la dureté des fléchisseurs de la jambe situés à la partie postérieure des deux cuisses, de sorte que les jambes étaient maintenues dans une demi-flexion continuelle. L'extension des jambes au genou n'était possible que partiellement. L'usage du mercure pendant plusieurs semaines amena une guérison complète, d'abord des éruptions cutanées puis ensuite des contractures. Plusieurs traits de ce tableau clinique rappellent également nos propres observations et on peut se demander comme pour le premier cas, si à la myosite, ici non douteuse, ne se mêlait pas une altération tendineuse.

Telles sont, d'une façon générale, les diverses localisations du virus syphilitique chez le nouveau-né ; si à ces formes, nous ajoutons, par généralisation, l'existence d'une synovite tendineuse, synovite due à une infection syphilitique acquise et prouvée par les observations que nous publions, il nous est maintenant possible d'aborder l'étude de la téno-synovite hérédo-syphilitique.

Nous ne saurions trop remercier M. le Dr Guille-mot, qui a attiré notre attention sur cette localisation extrêmement rare du tréponème, tant pour l'accueil sympathique qu'il n'a cessé de nous témoi-

gner dans son service de la consultation de médecine de l'hôpital Trousseau, que pour les bienveillants conseils et l'enseignement si précieux que nous avons reçus auprès de lui.

HISTORIQUE

C'est en 1868, que fut signalée, pour la première fois, par Verneuil, la possibilité de l'hydropisie d'origine syphilitique des gaines synoviales. Le même auteur publia quelque temps après, en 1873, un deuxième mémoire sur ce sujet.

Mais entre temps, et en réponse à sa communication, Fournier, en 1868 également, fit de cette hydropisie syphilitique des gaines synoviales, l'objet d'une leçon et publia les quelques cas qu'il avait pu recueillir. Ce sont, par conséquent, ces deux observateurs français qui ont, en quelque sorte, créé cette affection. Les deux noms doivent rester associés dans les premières lignes de cet historique.

Roch, en 1872, et Chouet en 1874, publièrent dans leurs thèses quelques observations nouvelles de synovite tendineuse spécifique.

Plus récemment, Mauriac, en 1874, fit une leçon sur ce sujet à l'hôpital du Midi ; Schuchard, en 1894, dans un travail d'anatomie pathologique sur la tuberculose et la syphilis des synoviales tendineuses, prouva que les lésions que l'on voyait tuberculeuses étaient quelquefois syphilitiques ; du Castel, en 1893,

fit une courte présentation à la Société de dermatologie et de syphiligraphie d'un malade atteint de synovite tendineuse syphilitique bilatérale de toutes les synoviales dorsales du poignet, et en 1902, MM. Fournier et Crouzon publièrent dans *les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* une observation de ténosite du poignet au cours d'une syphilis secondaire.

La synovite tendineuse au cours d'une syphilis acquise, à la période secondaire ou tertiaire, est donc très rare. Nous n'avons pu, en effet, en recueillir qu'à 15 observations dans la littérature médicale. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que nos recherches soient restées vaines en ce qui concerne l'hérédosyphilis et la description de cette affection chez l'enfant est basée sur deux faits inédits et personnels.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On reconnaît différentes causes d'inflammation des tendons, du tissu conjonctif péritendineux ou des synoviales péritendineuses. C'est tout d'abord l'infection directe, lorsqu'un agent vulnérant septique a pénétré jusqu'à eux. Nous ne nous attardons pas à cette étiologie. En présence de phénomènes inflammatoires en apparence primitifs, survenant en dehors de toute cause directe d'infection, on a pensé tout d'abord au rhumatisme, puis à une infection d'origine microbienne : bacille de Koch, gonocoque, streptocoque, staphylocoque, etc. Mais, en présence d'une syphilis, qu'elle soit acquise ou héréditaire, il est permis de penser immédiatement au tréponème. Et, en se rappelant les rares cas de synovite tendineuse dus à une syphilis acquise, on peut, en présence d'un nouveau-né hérédosyphilitique, songer à une manifestation du tréponème sur ses synoviales tendineuses.

Le traitement, d'ailleurs, confirme l'hypothèse de l'inflammation de la gaine tendineuse par le tréponème. Nous discuterons, dans notre diagnostic, la possibilité d'une synovite tendineuse due à un

microbe chez le nouveau né hérédosyphilitique.

Le tréponème de Schaudinn se localise d'ailleurs assez volontiers au niveau des membranes séreuses, quelles qu'elles soient. Ainsi, chez l'adulte, on connaît les lésions syphilitiques de la plèvre, des méninges et des séreuses synoviales articulaires. D'autre part, on a étudié depuis longtemps, dans la syphilis héréditaire tardive, les manifestations portant sur les synoviales articulaires et on a décrit une forme arthralgique, une forme avec hydarthrose avec ou sans lésions osseuses, une pseudo-tumeur blanche syphilitique et enfin des arthropathies déformantes. Tous ces faits prouvent donc bien que la localisation du tréponème sur les synoviales tendineuses, même dans la syphilis héréditaire, ne sont pas une simple vue de l'esprit.

Comme pour la tuberculose, c'est le plus souvent par la voie sanguine que le tréponème est transporté jusqu'à la séreuse synoviale où il se fixe sous l'influence de causes encore mal déterminées. Dans quelques cas, l'infection peut se faire par propagation, lorsque par exemple une gomme s'étend à une gaine tendineuse ou s'ouvre dans sa cavité.

L'anatomie pathologique de la synovite syphilitique est encore peu connue : les examens histologiques étant jusqu'ici restés très rares. Dans un cas d'hydropisie tendineuse des gaines des extenseurs des doigts, Schuchardt a constaté des altérations du type gommeux : la couche intérieure de la gaine tendineuse était épaissie et garnie de prolongements en

forme de bourgeons ou de feuillet. Elle était parsemée de cellules rondes, très abondantes surtout dans les prolongements ; les vaisseaux sanguins étaient très nombreux dans ce tissu. Cette infiltration de petites cellules s'étendait extérieurement jusque dans le tissu adipeux et le tissu conjonctif intermusculaire. Il n'existait pas de trace de tubercules ni de tissu tuberculeux. Les amas de cellules rondes n'étaient que des gommès miliaires.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la synovite tendineuse hérédosyphilitique rappellent par certains côtés ceux de la téno-synovite crépitante ou aï douloureux. Les symptômes fonctionnels sont *l'impotence avec raideur ou douleur* au niveau des membres atteints, et les symptômes physiques sont la *crépitation ou l'empâtement* et la *bilatéralité des lésions*. Nous y joindrons l'*épanchement*, car, comme nous le verrons, à la téno-synovite crépitante s'adjoit très souvent la téno-synovite séreuse.

Dans les 2 cas que nous publions, l'affection a débuté différemment. Dans le premier (obs. I) c'est à la naissance que l'enfant a présenté une *attitude vicieuse* des pieds et des mains, dans le second (obs. II) c'est à l'âge de six mois, alors que l'enfant n'était plus soumis au traitement depuis près de cinq mois environ. Cette seule constatation permet donc d'affirmer que la synovite tendineuse hérédosyphilitique est une manifestation d'hérédosyphilis précoce, soit qu'on la constate à la naissance, soit qu'elle se présente quelques mois après.

Le premier symptôme qui, de suite, frappe et que

les parents eux-mêmes remarquent est l'impotence fonctionnelle avec contracture. Les enfants atteints de synovite tendineuse ont les doigts immobilisés en flexion. Nous disons les doigts car, ainsi que nous le verrons, c'est aux tendons des extenseurs des doigts que se manifeste le plus fréquemment cette affection. Les pieds également sont en flexion quand la synovite tendineuse porte sur les tendons des orteils. La contracture n'est pas une contracture spasmodique, c'est plus vraisemblablement une attitude de défense, une attitude de moindre douleur, car tous les mouvements sont conservés et ce n'est que lentement que l'enfant reprend son attitude vicieuse quand celle-ci a été corrigée. C'est également pour éviter la douleur que l'enfant immobilise les muscles dont les tendons sont le siège d'une infection syphilitique. Et c'est ce premier symptôme qui rétrocede le plus rapidement sous l'influence du traitement. Au bout de quinze jours (obs. II), en effet, l'enfant commence à mouvoir ses mains et ses pieds, la contracture diminue et progressivement l'attitude vicieuse si caractéristique et si tenace avant le traitement redevient rapidement correcte (obs. I).

Ce premier symptôme objectif qui frappe la vue de l'entourage et du médecin au premier examen paraît-être la conséquence de la *douleur* que cause à l'enfant son affection synoviale. C'est là, en effet, un symptôme primordial sur lequel nous voulons insister un peu longuement. Le symptôme indolence dans la synovite tendineuse causée par une syphilis

acquise secondaire ou tertiaire, est un symptôme classique, il est presque classique également dans les affections hérédo-syphilitiques des synoviales articulaires. Verneuil, Gaucher, Le Dentu (ce dernier dans sa leçon clinique et non dans ses observations) basent leur diagnostic étiologique en cette indolence. Nous publions leurs observations et nous avons constaté que sur quinze, en plus de nos deux cas personnels où le caractère douleur est très net, nous arrivons au résultat suivant :

Observation où ce symptôme n'est pas décrit	Douleur au niveau des gaines synoviales	Indolence au niveau des gaines synoviales
	Obs. n° 1 } Observations	Obs. n° 3 in thèse Chouet
	— n° 2 / personnelles.	— n° 4 Verneuil
Obs. n° 10 Le Dentu	— n° 5 in thèse Pekle	— n° 6 du Castel
— n° 11 —	— n° 7 Fournier et Crouzors	— n° 8 A. Fournier
	— n° 9 A. Fournier	— n° 12 in thèse Roch
	— n° 13 in thèse Roch	
	— n° 14 —	
	— n° 15 —	
	— n° 16 —	
	— n° 17 —	

Soit sur 17 observations : 10 cas de synovite tendineuse syphilitique avec douleur et 5 sans douleur.

De même, dans les autres affections des synoviales. Nous prendrons à ce sujet comme exemple une forme de synovite symétrique des deux genoux, hydarthrose que Clutton a décrit en 1886 sous le nom de « symétrical synovitis of the knee. » et dont l'un des principaux caractères d'après cet auteur est l'indolence. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas chez un petit malade qui nous a été présenté à la

consultation de l'hôpital Trousseau, et c'est uniquement pour prouver que le caractère indolence dans les arthropathies hérédo-syphilitiques est loin d'être pathognomonique, que nous nous permettons d'en parler. Chez cet enfant, la double arthropathie était en effet excessivement douloureuse ; l'enfant pleurait et essayait de s'opposer à l'exploration parce que celle-ci provoquait des phénomènes douloureux.

Palpez les tendons de ces petits enfants hérédo-syphilitiques atteints de téno-synovite, immédiatement ils poussent des cris, s'agitent violemment comme pour se débarrasser de ce contact douloureux ; leurs petites mains, aux doigts en griffe, cherchent à s'enfuir, leurs jambes se fléchissent et se défléchissent alternativement. Si l'on ne se contente pas de palper les gaines tendineuses et si l'on veut soit corriger l'attitude vicieuse, soit faire exécuter différents mouvements aux mains ou aux pieds, le tableau redouble d'intensité : ce sont des cris exacerbés et des mouvements presque paroxystiques.

Nous insistons donc sur ce fait que, si dans quelques cas de téno-synovite dans une syphilis acquise, on trouve une indolence complète à la palpation ou à la pression, dans la majorité des cas, ou avec de la douleur, douleur variant d'intensité depuis la douleur exquise (observ. n° XVI) jusqu'à la douleur très légère. Sans doute, cette douleur est en général moins vive que celle que l'on observera dans une infection synoviale autre que celle causée par le tréponème,

mais le seul fait de constater de la douleur au niveau d'une gaine tendineuse ne doit pas faire éloigner de prime abord la possibilité d'une infection syphilitique. En tout cas, dans les deux cas que nous publions de téno-synovite hérédo-spécifique, la douleur fut très vive à la pression et à l'occasion des mouvements volontaires ou provoqués. Nous sommes donc en droit de conclure, jusqu'à preuve du contraire, que c'est un symptôme sinon constant tout au moins très fréquent.

Un symptôme que l'on constate également dans nos deux observations personnelles est la *crépitation au niveau des gaines tendineuses*. Nous la retrouvons déjà dans un cas de synovite tendineuse syphilitique (obs. XIV). Pour la recherche, on empaume à pleine main l'avant-bras du malade (dans le cas, bien entendu d'une téno-synovite des extenseurs), un peu plus haut que la région douloureuse ou tuméfiée. On fait alors, avec l'autre main, exécuter des mouvements alternatifs de flexion, d'extension des doigts, d'adduction ou abduction et des mouvements du poignet. On perçoit alors une crépitation fine et abondante, neigeuse, amidonnée, ou sèche (obs. II) comme un parchemin qu'on froisse, pouvant donner l'impression du froufrou de la soie, des craquements de cuir neuf. On prend une assez bonne idée de cette impression en frottant avec la paume de la main bien sèche la surface d'une grosse lime ; c'est d'ailleurs une sensation qu'on n'oublie pas et à laquelle on ne se trompe pas lorsqu'on l'a perçue une fois. Elle

est tout à fait comparable à la crépitation de l'Art douloureux.

Au lieu de cette crépitation, on peut sentir, quand on fait exécuter des mouvements de flexion ou d'extension, un simple *empâtement* des gaines synoviales. C'est-là, sans doute, un premier ou un dernier stade de la crépitation ci-dessus décrite.

Un autre caractère qui frappe également, non seulement dans cette infection des gaines synoviales tendineuses dans la syphilis héréditaire, mais aussi dans la syphilis acquise, soit au niveau des synoviales tendineuses ou des synoviales articulaires est la *bilatéralité* et la *symétrie des lésions* : nous dirions presque la quadrilatéralité des lésions si nous ne nous en rapportions qu'à notre première observation. Nous avons déjà rappelé des cas d'hydarthrose symétrique des deux genoux décrite par les chirurgiens anglais, dans l'hérédosyphilis tardive où ce caractère de symétrie est fort net. Nous avons remarqué également combien était fréquente, surtout au niveau des tendons des extenseurs de la main, cette bilatéralité de synovite syphilitique. Observations IV, V, VI, VII, XII, XIII, XIV. Ce caractère est d'ailleurs classique ; il a été signalé par Vernenil, Fournier, du Castel, Le Dentu et Ombrédanne dans la synovite tendineuse syphilitique. En tout cas, ce symptôme est très net dans notre observation II, et on le retrouve aux deux mains et aux deux pieds dans notre observation I. D'autre fois, on constate une synovite à un pied, par exemple, puis à un bras ensuite.

Cette bilatéralité doit donc aiguiller, à la seule inspection, le diagnostic vers une affection syphilitique.

A cette téno-synovite crépitante, se joint parfois simultanément une synovite *séreuse* (obs. I) appelée par Verneuil et Fournier « l'hydropisie des gaines tendineuses ». Elle est caractérisée par l'existence d'une tumeur allongée, cylindroïde comme la gaine où elle s'est développée; elle peut être bilobée lorsque cette gaine passe sous une formation fibreuse résistante telle que le ligament annulaire du cou-de-pied, (observ. IX). Les ~~téguments~~ peuvent être œdémateux, d'un rouge vif si l'on en croit les observations de synovite tendineuse se rencontrant au cours d'une syphilis acquise. Il y a analogie, il est très vraisemblable de croire, quoique nous ne l'ayons pas rencontrée dans nos observations de téno synovite, que ces lésions soient, elles aussi, symétriques et bilatérales. Roch (obs. XII) a bien signalé le fait : « les deux tumeurs, dit-il, ont exactement le même volume, la même configuration et une symétrie parfaite de rapports anatomiques. »

Cette affection siège dans nos deux observations au niveau des gaines des tendons des extenseurs des mains ou des pieds. Il en est de même dans la téno-synovite consécutive à une syphilis acquise, à la période secondaire ou tertiaire, où le tréponème frappe presque exclusivement ces tendons. Fournier indique par ordre de fréquence les tendons du biceps fémoral,

long supinateur, de la patte d'oie et des muscles péroniers. Il n'y avait donc rien de surprenant si, chez un nouveau-né, on constatait une synovite hérédosyphilitique de l'un de ces tendons.

FORMES CLINIQUES

D'après la symptomatologie que nous venons de donner, il est facile de se rendre compte que deux formes de téno-synovites hérédosyphilitiques peuvent se rencontrer : la forme *crépitante* et la forme *séreuse*. Nous remarquons même que ces deux formes peuvent se présenter en même temps (obs. I). Peut-être même que ces deux formes ne sont qu'un stade différent de l'affection qui nous occupe. Le microscope seul pourrait nous éclairer : cette affection étant essentiellement curable, l'autopsie d'un de ces petits malades serait un hasard qu'il n'est que permis d'espérer.

Téno-synovite crépitante. — La crépitation, symptôme caractéristique de cette forme, ne se sentira facilement qu'au niveau des extenseurs. Elle sera plus difficilement perçue si elle se produit au niveau de tendons situés profondément.

Il est très probable qu'elle est due à une prolifération du tissu conjonctif environnant le tendon, l'infection transformant le mince feuillet de la gaine tendineuse en une coque épaisse qui donne cette sensation de crépitation à l'occasion des mouve-

ments. La gaine synoviale tendineuse n'est pas, en effet, un organe défini : c'est bien plutôt une région où le tissu conjonctif interstitiel du membre subit, sous l'action des mouvements répétés du tendon, des modifications qui l'adaptent à sa fonction.

Au contact du tendon, la gaine présente une couche de cellules aplaties, adaptées au glissement et lubrifiées par une quantité extrêmement minime de liquide analogue à la synovie. Mais, vers la périphérie, le tissu conjonctif épaissi sous la couche séreuse se confond insensiblement avec le tissu interstitiel ambiant.

Sous l'influence de l'infection virulente ou atténuée de cette région, on peut voir s'exagérer le double processus anatomo-pathologique qui a présidé à la formation de la gaine : augmentation et modification du liquide contenu à l'intérieur (forme séreuse) et prolifération du tissu conjonctif adjacent (forme crépitante).

Histologiquement, on a décrit la synovite crépitante comme une synovite sèche, ce qui n'est qu'une hypothèse ; encore n'est-elle pas très vraisemblable, car on observe couramment des synovites crépitantes où l'existence d'une tuméfaction nette permet de soupçonner la présence d'un épanchement. Le fait de rencontrer, dans un cas de téno-synovite crépitante, la présence d'une synovite séreuse, infirme encore cette hypothèse.

Nous n'insisterons pas non plus sur la forme avec empâtement que nous avons indiquée dans notre

symptomatologie, celui-ci n'étant vraisemblablement qu'un stade terminal ou initial de la synovite crépitante.

Téno synovite séreuse. — Depuis Verneuil et Fournier, il est classique de dire que la syphilis secondaire détermine des téno-synovites séreuses. La presque unanimité des synovites tendineuses dues à une syphilis acquise correspond à ce type clinique. C'est par la même forme clinique que la blennorrhagie et le rhumatisme, lorsqu'ils frappent les gaines synoviales, traduisent leur action.

Elle semble être constituée par des phénomènes de congestion de la gaine synoviale, à l'intérieur de laquelle se constitue un épanchement. Celui-ci est le plus souvent séreux, plus ou moins visqueux ou transparent ou citrin. Chouet, dans sa thèse (obs. III), rapporte un cas où la tumeur synoviale fut ponctionnée : on trouva un liquide filant, visqueux, incolore. Nous avons décrit dans notre symptomatologie le siège le plus fréquent, la forme et les caractères du kyste synovial : nous n'y reviendrons pas. Nous retiendrons seulement que si chez l'adulte une forme séreuse succède à la forme crépitante, il n'est pas impossible de concevoir que pareil fait ne se passât point chez le nourrisson. Nous le croirons d'autant plus volontiers que dans notre observation I, on remarquait un kyste téno-synovial de l'index gauche concurremment avec de la crépitation au niveau des extenseurs des deux mains et des deux pieds.

En même temps que l'on remarque chez le nourrisson ces manifestations synoviales du côté des tendons, on peut trouver également d'autres synoviales atteintes; notre première observation montre que le nouveau-né présentait un genou gros avec légère hydarthrose du côté gauche. Cette manifestation du tréponème sur les synoviales articulaires, déjà décrite surtout dans l'hérédo-syphilis tardive, disparut d'ailleurs par le traitement mixte, aussi facilement et aussi rapidement que la synovite tendineuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic comprend deux étapes ; il faut d'abord reconnaître la téno-synovite, la différencier des affections douloureuses s'accompagnant de raideur ou de défense musculaire ; et, d'autre part, il faut la rapporter à sa véritable cause : la syphilis.

Il n'est pas toujours facile de rapporter à des organes peu développés comme le sont les tendons chez le très jeune enfant une douleur ou une tuméfaction. Le nourrisson se prête mal aux explorations qui mettent à l'épreuve sa sensibilité ; il se défend en se débattant, en se raidissant et l'examen des membres n'est pas toujours aisé ni bien précis. Cependant, avec beaucoup de douceur et de patience, on arrivera à mener à bien l'investigation nécessaire.

L'attitude en flexion, les commémoratifs attirant l'attention sur la douleur facilement provoquée, pourraient conduire à incriminer une maladie de Barlow, surtout dans sa forme la plus commune, lorsqu'elle se présente sous l'aspect d'une impotence douloureuse des membres inférieurs. Mais, dans le scorbut, il y a une attitude de défense plutôt qu'une véritable raideur. Il n'y a ni crépitation tendineuse

ni tuméfaction synoviale et il est bien rare qu'on ne trouve pas une ecchymose gingivale ou un gonflement périosté qui mettent sur la voie du véritable diagnostic.

L'ostéo-chondrite juxta-épiphysaire, la maladie de Parrot, se traduit assez souvent par un gonflement douloureux du membre atteint, mais il est facile de s'assurer que la tuméfaction siège au niveau de l'os. et, d'autre part, il est rare qu'il n'y ait pas une impotence plus ou moins accusée allant jusqu'à la pseudo-paralysie complète : ce qui fait complètement défaut dans la téno-synovite.

La myosite interstitielle syphilitique peut offrir un tableau clinique très voisin de celui que nous étudions mais il s'agit là d'une affection très rare et, comme nous l'avons dit, on peut se demander si, dans les observations de Hénoc'h, qui en a rapporté les premiers cas, il n'existait pas un certain degré de téno-synovite. L'absence de crépitation et de gonflement synovial peut seul permettre un diagnostic différentiel. Mais si ces deux symptômes sont peu marqués, ce qui peut certainement se présenter, la différenciation entre deux lésions portant sur des organes voisins et physiologiquement unis nous paraît impossible.

Le rhumatisme vrai et le pseudo rhumatisme infectieux peuvent donner des attitudes et des gonflements rappelant de loin la téno-synovite. Mais le premier paraît exceptionnel chez le petit enfant et le second s'accompagne de réactions locales (suppura-

tion) ou générales qui ne se rencontrent pas dans la syphilis synoviale.

En résumé, le diagnostic différentiel de la téno-synovite hérédo-syphilitique n'est pas très difficile à établir pour peu qu'on ait présent à l'esprit la possibilité d'une localisation aussi rare de la vérole chez le jeune enfant : l'attitude en flexion des membres, la raideur musculaire, la symétrie des troubles fonctionnels attireront l'attention sur l'appareil musculo-tendineux et une exploration patiente permettra de préciser la localisation sur les tendons et leurs gâines en montrant les signes pathognomoniques : la crépitation neigeuse et le kyste synovial.

Reste à envisager le côté étiologie du diagnostic. Une téno-synovite plus ou moins généralisée étant reconnue, comment pouvons-nous la rapporter avec certitude à la syphilis ?

De deux choses l'une : ou bien l'enfant est manifestement syphilitique, ou bien la syphilis est chez lui, latente ou douteuse.

Si le nourrisson se présente avec le facies caractéristique : un coryza tenace, des stigmates de dystrophie veineuse ou osseuse, une alopecie suspecte, s'il a une grosse rate ou un testicule induré ; le diagnostic étiologique a fait un grand pas et à moins qu'il n'y ait coexistence — possible mais bien rare — d'une affection capable de frapper les synoviales telle que la gonococcie, la certitude d'une syphilis des séreuses tendineuses s'impose.

Mais si la syphilis ne s'accuse que par des symp-

tômes d'interprétation douteuse, si à plus forte raison elle est latente, le diagnostic étiologique sera plus malaisé à établir.

En dehors de la syphilis, en effet, deux grandes infections peuvent frapper la synovite tendineuse : la gonococcie d'une part et la tuberculose d'autre part. Nous laisserons de côté le rhumatisme articulaire aigu, exceptionnel comme nous l'avons dit chez le nourrisson et qui ne détermine ni synovite crépitante ni synovite kystique. Quant aux pseudo-rhumatismes infectieux causés par les microbes pyogènes tels que le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, le pneumocoque, ils déterminent chez le jeune enfant des lésions avant tout articulaires et qui s'accompagnent de suppuration. De plus, ils n'apparaissent qu'au cours d'affections faciles à reconnaître : érysipèle, infection ombilicale, pyodermites, bronchopneumonies, etc.

Pour en revenir à la gonococcie qui, elle, peut déterminer une synovite sèche ou séreuse, nous dirons tout d'abord qu'elle est extrêmement rare chez le nourrisson sous une forme généralisée et qu'elle entraîne alors la plupart du temps des accidents graves (arthrites purulentes) inconnus dans la syphilis. Même en admettant une gonococcie atténuée, se présentant sous l'aspect d'une synovite kystique, nous n'aurons pas dans ce cas les phénomènes douloureux si nets que nous avons observés dans nos cas. D'autre part, une enquête permettra de déceler l'infection gonococcique chez la mère. Enfin, si

le doute persiste, il ne faudra pas hésiter à essayer un traitement d'épreuve qui donnera une indication rapide en cas de syphilis, et nous trouverons dans la réaction de Wassermann une aide précieuse à laquelle on devra recourir aussitôt.

La tuberculose qui, elle aussi, détermine des ténosynovites séreuses, pourra peut-être plus facilement que la blennorrhagie prêter à confusion. Elle pourra se rencontrer chez un enfant hérédo-syphilitique : là encore l'absence de douleur, mais surtout l'évolution feront faire le diagnostic. On sait avec quelle lenteur rétrocedent ces accidents bacillaires auxquels ni la compression, ni les pointes de feu, ni les ponctions répétées, ni même l'injection iodoformée n'amènent de résultats rapides comparables à ceux que donne le traitement hydrargyrique. Dans ces cas également, la réaction de Wassermann ou la cuti-réaction seront d'un grand secours si l'inflammation tendineuse est la seule manifestation du bacille de Koch.

PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

La téno-synovite n'est pas une manifestation grave de l'hérédo-syphilis. Elle est d'un pronostic favorable à condition de la reconnaître à temps et de lui opposer un traitement énergique.

Nous voyons, en effet, qu'après quinze jours de frictions mercurielles et d'iodure, les symptômes s'amendent et ont presque rétrocedé totalement (obs. II). En un mois (obs. I) l'enfant était complètement guéri de ses accidents téno-synoviaux et cela sans aucun traitement externe.

Cela n'a d'ailleurs rien d'étonnant si l'on considère chez l'adulte, au cours d'une syphilis acquise, l'efficacité du traitement iodo-mercuriel. Sur douze auteurs qui indiquent le résultat du traitement, nous constatons une guérison totale en six à douze jours, 6 cas (obs. VIII, IX, XII, XIII, XV, XVII). Nous voyons une amélioration notable d'une téno-synovite syphilitique durant depuis huit ans, en quinze jours (obs. VI). D'autres formes sont plus rebelles : elles guérissent dans un intervalle de temps variant entre trois ou quatre semaines (obs. III, V, XIV et XVI) à deux ou trois mois (obs. IV et VII). Soit 50 o/o des

cas guérissant en une semaine, 35 o/o en trois à quatre et 15 o/o en deux ou trois mois.

La téno-synovite hérédo-syphilitique ne laisse après elle aucune déformation, l'enfant retrouve la plénitude de ses mouvements et l'indolence de ses tendons. On a cependant noté quelquefois chez l'adulte des récidives : les deux observations que nous publions sont trop récentes pour savoir s'il en est de même chez le nourrisson.

TRAITEMENT

Le traitement à opposer à la téno-synovite hérédosyphilitique est le traitement mixte : mercure et iodure de potassium. En raison du petit nombre de cas qu'il nous a été donné d'observer, nous avons été dans l'impossibilité d'expérimenter les nouvelles médications arsenicales de la syphilis. Il sera évidemment intéressant, dans l'avenir, de voir si le salvarsan ou le néosalvarsan ou les composés analogues, exercent sur la syphilis des synoviales une action plus rapide que le mercure combiné à l'iodure.

En proposant le traitement mixte comme méthode de choix, nous nous appuyons sur les constatations faites dans la syphilis acquise de l'adulte et sur les résultats tirés de nos propres observations.

Pour ce qui est de la téno-synovite syphilitique acquise, chez l'adulte, il semble bien établi que l'association du mercure à l'iodure est plus avantageuse que l'emploi isolé de chacun de ces médicaments. En parcourant nos observations annexes, on se rendra compte que telle est bien la pratique des syphiligraphes.

D'autre part, il ressort de l'étude même de nos cas personnels que l'association iodo-mercurielle est à recommander chez le nourrisson. L'iodure de potassium seul, en effet, paraît insuffisant. C'est bien la conclusion que l'on peut tirer de notre première observation où fut tenté au début le traitement ioduré sans association de mercure.

On pourrait soutenir que le mercure à l'état isolé suffirait pour guérir les manifestations synoviales de l'hérédo-syphilis précoce. On sait, en effet, que la médication hydrargyrique seule donne chez le nourrisson des résultats remarquables et beaucoup de pédiâtres s'en tiennent au mercure, ne recourant à l'iodure de potassium qu'à la fin de la cure ou pour combattre certaines manifestations du type scléreux ou gommeux : hydrocéphalie, cirrhose glandulaire, etc.

Nous n'avons pas voulu tenter cette expérience et nous basant sur l'analogie, nous avons traité nos petits malades comme les enfants atteints de syphilis héréditaire tardive des articulations ou les adultes atteints de synovite pendant la période secondaire et il nous a semblé que l'association iodure et mercure sous forme de frictions d'onguent napolitain avait une influence des plus favorables.

Nous terminerons ce court travail en faisant ressortir l'intérêt que présente l'étude de ces cas si

rare. Maintenant qu'il est prouvé que le tréponème affecte les gaines synoviales, que ce soit dans la syphilis héréditaire ou dans la syphilis acquise, ces constatations éclairent d'un jour nouveau l'étiologie de bien des synovites.

Jusqu'ici, quand on ne découvrait pas la cause d'une affection synoviale, quand le gonocoque ne pouvait être incriminé, quand l'aspect clinique ne faisait pas penser à la tuberculose, on se reportait sur la diathèse rhumatismale. On incriminait même le surmenage des muscles d'une région comme dans l'ail douloureux.

Les quelques faits que nous avons présentés permettront de faire songer plus souvent que l'on ne l'a fait à la syphilis. Syphilis dans les affections tendineuses du nouveau-né, syphilis chez l'adulte non seulement quand celui-ci accuse une vérole ou en présente des signes nets, mais surtout quand il ne l'accuse pas et n'en présente aucun symptôme apparent. Il est vraisemblable, en effet, qu'il est des cas où un traitement externe a échoué là où un traitement interne, iodure et mercure, aurait peut-être mieux réussi.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

DEUX CAS DE TÉNO-SYNOVITE HÉRÉDO SPÉCIFIQUE

OBSERVATION 1

(Prise dans le service de M. le D^r Guillemot.)

Le 7 décembre 1912 se présentait à la consultation de médecine de l'hôpital Trousseau, l'enfant B... âgé de six semaines. Les parents qui l'amenaient avaient constaté qu'il n'augmentait pas et qu'il présentait, depuis sa naissance, certains troubles fonctionnels du côté des membres supérieurs et inférieurs. Cet enfant, venu à terme, pesait 3 kilos à la naissance et n'avait pas augmenté depuis bien qu'il s'alimentât normalement et n'eût manifesté aucun trouble gastro-intestinal.

A l'inspection, cet enfant présentait l'aspect très caractéristique d'un hérédo-syphilitique : il était malingre, petit, chétif, le système musculaire faiblement développé. Le facies était ridé, à peau terreuse, flasque, plissée ; les yeux fermés, la voix éteinte : ensemble sénile et simiesque caractéristique.

Le crâne était bosselé en avant, très allongé dans le sens de la longueur : les deux bosses frontales

étaient très saillantes, les fontanelles élargies et la tête nullement ossifiée. L'enfant présentait une légère alopecie temporo-fronto-pariétale. De chaque côté de la tête, sur les temporaux, on remarquait une ectasie veineuse très prononcée. Au niveau de la naissance du nez, l'enfant présentait la déformation en coup de hache du « nez en lorgnette ».

D'autre part, la mère nous apprend que depuis sa naissance, l'enfant larmoie et a gardé un coryza tenace qui, jusqu'ici, n'a nullement diminué d'intensité. Le jour et la nuit, le jeune B... dort la bouche ouverte. On ne constate pas d'autres signes de syphilis héréditaire.

En présence de tels faits, nous avons cherché à dépister la spécificité chez l'un des géniteurs. L'interrogatoire des parents ne nous a pas donné de grands résultats : mais chez des ouvriers qui s'observent mal, cela n'a rien d'étonnant. Le père (?) chef magasinier, âgé de trente ans, dit avoir toujours été bien portant et ne pas se rappeler avoir eu chancre, roséole, etc. La mère, âgée de vingt-six ans, a déjà eu un enfant qui a six ans actuellement et qui se trouve en parfaite santé. Elle n'a jamais eu de fausse couche et n'accuse pas d'autre accident pouvant mettre sur la voie d'une affection syphilitique. La sage-femme ayant fait l'accouchement n'a pas remarqué de gros placenta : elle a seulement constaté un léger degré d'hydramnios. A la naissance, elle n'a pas vu de pemphigus chez le nouveau-né. Quelque soit le résultat négatif de nos recherches du côté des

parents, il n'en ait pas moins vrai qu'à la seule inspection de l'enfant le diagnostic s'impose, le nourrisson est un hérédospécifique.

Mais ce qui a attiré tout particulièrement notre attention et ce qui, d'ailleurs, motivait la venue à l'hôpital, était un ensemble de troubles fonctionnels du côté des mains et des pieds. Depuis sa naissance la mère avait constaté aux mains et aux pieds la présence d'attitude vicieuse, l'abolition presque complète de tout mouvement volontaire et l'impossibilité d'habiller ou de déshabiller l'enfant, sans que celui-ci ne poussât des cris et ne cherchât à empêcher que l'on touchât ou mobilisât ses membres.

En effet, à l'inspection, on constatait aux deux mains une flexion des phalanges et des phalanges de l'index, médius, annulaire, auriculaire, sur la paume de la main une légère extension des phalanges de ces mêmes doigts. Les mains offraient le type de la main en griffe. Les mouvements volontaires des doigts sont presque complètement abolis : ce symptôme avait effrayé la mère qui croyait à une paralysie des mains de son enfant. Les tendons des extenseurs des doigts sont douloureux : leur pression fait pousser des cris à l'enfant. D'autre part, au niveau des tendons de l'extenseur de l'index de la main gauche, à un travers de doigt environ de l'articulation métacarpo-phalangienne, on constatait la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une petite amande, tumeur splénique, dure, non réductible, non adhérente à la peau, mobile si on lui imprime

des mouvements de latéralité et suivant les mouvements du tendon. Cette tumeur était comme les tendons, douloureuse à la pression.

Au niveau des deux poignets on constatait une légère flexion des deux mains sur l'avant-bras.

D'autre part, quand on veut mobiliser les mains on constate une crépitation neigeuse très accentuée dont le siège se trouve au niveau des gaines tendineuses. Ce phénomène a été remarqué par les parents comme la douleur tendineuse : l'enfant criant dès qu'on lui touche les avant-bras ou qu'on essaye de défléchir les mains ou les doigts. Cette crépitation se perçoit sur une étendue assez considérable : elle est d'une netteté remarquable.

Au niveau des membres inférieurs, on constate une tuméfaction du genou gauche avec légère hydarthrose. On ne sent pas de déformation appréciable des extrémités osseuses diaphysaires ou épiphysaires des fémur, péroné et tibia de l'enfant.

L'attitude vicieuse des jambes frappe également : l'enfant a ses membres inférieurs rétractés, raides, comme les membres supérieurs, immobilisés dans une attitude de défense et de moindre douleur. Les deux pieds sont en extension limitée sur les jambes, les orteils, comme les doigts, sont en légère flexion, immobilisés dans cette attitude et reprenant leur attitude vicieuse aussitôt celle-ci corrigée. Lorsqu'on appuie la paume de la main sur la région des extenseurs des pieds sur la jambe et que l'on provoque de légers mouvements d'extension et de flexion, on

perçoit au niveau du cou-de pied, la même crépitation neigeuse très marquée que nous avons déjà constatée aux membres supérieurs.

Ces manœuvres sont douloureuses et l'enfant cherche à lutter pendant l'exploration en poussant des cris et en se débattant.

On remarque en même temps que les mouvements des différents segments des membres inférieurs sont difficiles. Il existe, à coup sûr, un certain degré de raideur, de contracture que la mère avait déjà noté lorsqu'elle éprouvait une certaine difficulté à habiller l'enfant. L'enfant garde l'immobilité cherchant évidemment à se soustraire aux mouvements qui pourraient provoquer des douleurs.

On ne constate aucune déformation osseuse ni aucun autre signe d'affection articulaire.

Cet enfant présente donc, avec des signes très nets de syphilis héréditaire, courbe de poids stationnaire, coryza, teinte de la peau, front olympien, ectasie veineuse temporale, alopecie, crâne non ossifié, fontanelles élargies, nez en lorgnette, aspect de « petit vieux » une synovite tendineuse au niveau des extenseurs des doigts aux deux mains, une hydarthrose du genou gauche, et une synovite tendineuse des extenseurs des orteils aux deux membres inférieurs.

Devant l'absence d'aucune autre affection expliquant ces phénomènes : absence d'infection blennorragique chez la mère et chez l'enfant, absence d'infection du cordon, absence d'une affection d'une autre

origine (broncho-pulmonaire, entéritique, etc.), M. le Dr Guillemot émet l'hypothèse d'une manifestation syphilitique ayant frappé les gaines tendineuses et l'on soumet l'enfant à un traitement ioduré à la dose de 30 puis 40 centigrammes par jour d'iodure de potassium.

Le 21 décembre 1912, l'état ne s'améliorant pas, on fait pratiquer des frictions tous les deux jours d'onguent napolitain dédoublé.

Le 11 janvier 1913, nous constatons une amélioration notable tant dans l'état général que dans les symptômes de synovite qu'il présentait depuis sa naissance. La tumeur synoviale de l'extenseur de l'index gauche a disparu; l'enfant a retrouvé quelques-uns de ses mouvements, mais les attitudes de contracture persistent encore quoique les phénomènes douloureux se soient déjà notablement amendés.

Le 25 janvier 1913, nous constatons que l'état est tout à fait amélioré, l'enfant a repris l'usage de ses doigts et de ses orteils, les mouvements des membres sont redevenus normaux, l'attitude correcte et l'enfant ne pleure plus quand on l'habille ou quand on explore les différents mouvements de ses bras ou de ses jambes. On cesse le traitement parce que l'enfant présente une éruption eczémateuse.

Le 28 janvier, l'enfant a une éruption suintante des malléoles qui disparaît au bout de quelques jours, après plusieurs applications de goudron.

Le 8 mars, il présente un eczéma nummulaire

récidivant aux points de contact des membres inférieurs.

Le 16 avril, la réaction de Wassermann donne un résultat négatif. Elle n'avait malheureusement pas été faite avant le traitement.

Le 20 mai, l'eczéma suintant est devenu sec et est en très bonne voie de guérison. L'enfant s'alimente bien et pèse 7 kgr. 100. A ce moment, on constate l'absence totale de manifestations articulaires et synoviales que nous avons suivies longuement. Le bébé est gai et d'aspect presque normal, mais il conserve toujours le facies caractéristique de l'hérédosyphilitique, en particulier l'ensellure du nez et l'exagération des bosses frontales.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Damiot.)

« J'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière un enfant hérédosyphilitique, qui a certainement présenté des lésions de synovite tendineuse dues à une infection par le tréponème de Schaudinn.

La syphilis n'est pas niée par le père qui avoue avoir eu au régiment un chancre induré qui a nécessité plusieurs séries de piqûres dans les fesses.

D'autre part, la mère, âgée de trente-deux ans a déjà eu deux fausses couches, l'une il y a six ans et l'autre il y a quatre ans. Les deux fœtus avaient été

expulsés, le premier à six mois et le second à sept mois et demi environ.

Cet enfant a présenté à la naissance des signes très évidents d'hérédo-syphilis : coryza chronique, front olympien, nez en lorgnette, aspect chétif et malin-gre. A la naissance, il présentait des bulles de pemphigus sur les deux mains et à la plante des pieds.

Je mis cet enfant au traitement mixte : iodure de potassium et frictions d'onguent napolitain. Sous l'influence de cette thérapeutique, l'enfant prit du poids, s'alimentât bien et son pemphigus disparut. Au bout d'un mois, les parents cessèrent le traitement, mais quatre à cinq mois après ils vinrent de nouveau me consulter.

Chez cet enfant de six mois je constatai les symptômes suivants :

1° Une raideur dans les deux pieds : ceux-ci étant immobilisés en flexion ;

2° De la douleur au niveau des tendons des extenseurs : douleur très nette et très vive à la pression et à l'occasion des mouvements intentionnels ou provoqués ;

3° Une légère crépitation au niveau de ces mêmes tendons, crépitation surtout appréciable quand on mobilisait les pieds ;

4° Un empâtement très net au niveau du tendon de l'extenseur du gros orteil gauche.

La douleur nettement localisée au niveau des gaines tendineuses, l'empâtement, l'attitude vicieuse,

la crépitation me firent porter le diagnostic de synovite tendineuse. D'autre part, je pensai à une origine syphilitique de l'affection, étant donné les antécédents paternels et maternels et les stigmates évidents d'hérédo-syphilis que présentait cet enfant.

Je remis le bébé à l'iodure et aux frictions en faisant une très légère compression des tendons.

Au bout de quinze jours de ce traitement, les mouvements étaient redevenus presque normaux, l'attitude des pieds en flexion avait disparu ainsi que la crépitation. Mais il persistait toujours un léger empâtement et un peu de douleur à la pression.

Je fis continuer le traitement précédemment indiqué en augmentant légèrement la dose d'iodure de potassium : 0 gr. 50 par jour au lieu de 0 gr. 30 et je suppose que l'enfant a guéri car je n'ai plus revu les parents à ma consultation. Comme ils ont quitté le pays, il m'est absolument impossible aujourd'hui d'indiquer quel est l'état de ce bébé. »

OBSERVATIONS ANNEXES

QUINZE CAS DE SYNOVITE TENDINEUSE AU COURS D'UNE SYPHILIS ACQUISE

OBSERVATION III

(In thèse Chouet, 1874.)

X..., âgé de quarante-trois ans, constitution très robuste. Depuis sept à huit mois et sans cause connue, s'est développée au-dessus du ligament annulaire du tarse, du côté droit, une tumeur indolente, sans chaleur ni rougeur. Le gonflement a augmenté progressivement. Il y a quinze jours s'est montrée au-dessous de ce ligament une autre tumeur présentant les mêmes caractères, mais qui a amené un peu de gêne et de douleur dans les mouvements du pied. La tumeur générale est allongée, étranglée en bissac, située sur le trajet des tendons de l'extenseur commun des orteils et présente les signes d'un kyste hydropique. A la partie antéro-externe du même pied se trouve une petite tumeur ancienne, ovoïde, moins nettement fluctuante que la grande, avec laquelle elle ne paraît pas communiquer. Elle présente, en outre, des adhérences à la peau. Le professeur la localise dans une synoviale particulière au tendon du péronier antérieur, et il pense que c'est aussi un kyste hydropique,

La grosse tumeur, vidée par la ponction aspiratrice, laisse

écouler un liquide filant, visqueux, incolore. Les deux parties de la poche s'affaissent; mais la petite tumeur reste intacte malgré les pressions exercées sur elle dans l'espoir d'une communication avec la grande. Ensuite est faite une injection iodée. Les jours suivants il se développe un léger degré d'inflammation dans la tumeur. Le malade, n'éprouvant plus de gêne ni de douleur dans la marche, sort quinze jours après la ponction.

Mais il rentre au service de nouveau deux mois après. La grosse tumeur ne s'est pas reproduite. La petite est devenue tuméfiée, douloureuse et ces jours derniers il s'y est développé une escharre; la peau est rouge, tendue et adhérente au kyste. L'escharre enlevée laisse à découvert une substance molle, jaunâtre. Le diagnostic de gomme syphilitique est alors établi. Le malade, interrogé en ce sens, accuse, en effet, des accidents syphilitiques. Il y a quinze ou seize ans il a eu un chancre sur le gland, à la suite duquel se sont montrés divers accidents: mal de gorge, chute des cheveux, éruptions cutanées, etc.

Le traitement spécifique est établi. Le kyste se vide peu à peu, bourgeonne et il est presque cicatrisé à la sortie du malade au bout de quatre semaines environ.

OBSERVATION IV

(Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1868.)

Une femme âgée de trente-quatre ans, couturière, d'assez faible constitution, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière, le 22 novembre 1866, se plaignant de faiblesse et de légère douleur dans les deux poignets. Je constatai à l'instant même sur le dos de chaque main une tumeur molle, indolente,

offrant tous les caractères indiqués précédemment (tumeur bien circonscrite, aplatie, triangulaire, à base tournée vers les doigts, rappelant exactement la forme et le siège de la bourse séreuse commune au faisceau des extenseurs). En même temps, je reconnus une alopecie suspecte et songeai aussitôt à la syphilis. J'admis cette femme dans mon service et, à la visite du lendemain, j'annonçai la probabilité d'une infection syphilitique secondaire. Procédant sans interrogation à l'examen des parties génitales, je retrouvai sans peine deux plaques muqueuses à la vulve. M. Machelaud, mon interne, chargé de recueillir les antécédents, me remit le lendemain les notes suivantes :

La malade a eu quatre enfants, le dernier il y a sept ans. Un an avant le dernier accouchement : vaginite légère. En 1905, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un *nouvel échauffement* qui l'a beaucoup fatiguée et lui a fait perdre ses forces; elle est restée six mois à l'hôpital en deux fois. Lors du premier séjour, on lui a administré quotidiennement une petite pilule; au bout de trois semaines, elle a eu mal à la bouche; on a supprimé les pilules et on lui a prescrit une potion par la bouche. La seconde fois elle est entrée à l'hôpital pour une conjonctivite purulente prise par contagion.

Sortie de l'hôpital en assez bon état vers le mois de janvier 1866, elle cessa de se traiter. Cependant elle était toujours tourmentée par de violents maux de tête plus forts la nuit que le jour. Au 1^{er} novembre 1866, elle ressentit de nouveau des démangeaisons au niveau des parties génitales avec mal de gorge et petits boutons à la langue.

Enfin, depuis cinq ou six jours, elle souffrait dans le bras droit, le pied gauche et les deux poignets. Un traitement approprié par

les toniques et les protoiodures fit disparaître en quinze jours tous des symptômes locaux en général.

« OBSERVATION » V

(In thèse Pekle, 1894. Tirée des archives de l'hôpital Saint-Louis.)

Femme L..., trente-cinq ans, entre dans le service le 8 juillet 1887 pour chancre induré siégeant à la face muqueuse de la petite lèvre droite. On la cautérise régulièrement au nitrate d'argent.

Huit jours après, la malade se plaint d'impotence du bras droit : elle ne peut lever ni serrer aucun objet avec la main. Pas de gonflement.

Le lendemain, douleur très vive, à la pression, sur la partie moyenne de l'humérus du même côté, sans gonflement (frictions mercurielles, cataplasme).

Le bras droit allait mieux, quand la malade ressent une violente douleur dans le bras gauche. Celui-ci se gonfle rapidement. Tuméfaction portant sur la face dorsale, le poignet et l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'aux articulations phalango-phalangiennes. Rougeur ; impossibilité de fléchir les doigts et le poignet. Douleur vive à la pression sur toute la face interne du poignet. Rien au coude ni à l'épaule. Un peu de fièvre. Oppression de la malade, bien qu'il n'y ait rien au cœur ni aux poumons. Douleur aux jambes, à la face interne des tibias, sans gonflement. Traitement spécifique mixte.

16 juillet. — Amélioration.

18 juillet. — La main est dégonflée.

1^{er} août. — Après quelques incidents pulmonaires, les mouve-

ments sont revenus et il n'y a plus de manifestation du côté des synoviales.

7 août. — La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION VI

(Du Castel, 1893.)

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est un homme de trente sept ans, venu à la consultation de l'hôpital pour la première fois, au mois de novembre dernier. Il présentait à cette époque, sur les jambes, des cicatrices lisses et pigmentées, d'aspect syphilitique ; ces cicatrices correspondent à une éruption s'étant montrée depuis deux ans. En même temps, il existait une périostite gommeuse du tibia. Le malade raconte, du reste, avoir eu, il y a quinze ans, au régiment, une syphilide tuberculeuse. Le traitement mixte iodo-hydrargyrique a amené une amélioration rapide de la syphilide gommeuse.

Tout ceci n'est, jusqu'à présent, rien que de bien ordinaire. Le point sur lequel je désire attirer votre attention est tout autre. Depuis huit ans, le malade est atteint d'une synovite bilatérale, de toutes les synoviales dorsales du poignet. Le développement des synoviales est encore aujourd'hui considérable ; sur la face dorsale de la main, sur la partie inférieure de l'avant-bras, existe toute une série de tumeurs d'un volume d'une grosse pomme d'api. Ces tumeurs sont nettement globuleuses, indolentes, fluctuantes ; il n'y a pas de crépitation. Les tumeurs que vous voyez actuellement sont beaucoup moins considérables que celles que j'observai la première fois que je vis le malade, avant de le soumettre au traitement iodo-hydrargyrique ; depuis lors il y a eu une diminution de moitié environ.

OBSERVATION VII

(Empruntée à MM. Fournier et Crouyon.)

R..., trente-trois ans, porteur aux Halles, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de la clinique, le 18 janvier 1902, pour un chancre du fourreau de la verge; ce chancre est situé sur la peau du fourreau au niveau de la racine de la verge, il forme une érosion des dimensions d'une pièce de 1 franc, couleur rouge sombre; l'induration sous-jacente est très nette et il s'accompagne de ganglions inguinal volumineux; il présente donc les caractères du chancre syphilitique typique.

Dans les premiers jours de février apparaissent une éruption sur le tronc et des douleurs dans les membres. Le malade accuse les premières douleurs le lundi 3 février, on découvre sur lui l'éruption le mardi 4 février.

L'éruption, comme le chancre, est caractéristique : syphilides papuleuses, de volume moyen, de couleur éteinte, jambonnée sur la partie inférieure du tronc.

Les douleurs des membres siègent dans les membres supérieurs et inférieurs; elles sont nocturnes, plus vives après 10 heures du soir. Au poignet droit, la douleur est vive, le malade ne peut faire spontanément aucun mouvement sans douleur. Les mouvements provoqués du poignet sont peu douloureux. La douleur est réveillée à la pression, un peu au-dessus du poignet sur l'avant-bras, surtout sur le bord radial. On voit à ce niveau une rougeur légère et une tuméfaction allongée dans le sens du membre. La rougeur, la tuméfaction et la douleur commencent

au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras et s'étendent jusqu'à la troisième phalange de l'index et jusqu'à la deuxième phalange du pouce. Si l'on provoque des mouvements du pouce et de l'index, la douleur est réveillée. La pression ne provoque aucune crépitation au niveau des parties tuméfiées; on ne constate qu'un léger empâtement. Tous ces caractères font de cette localisation une synovite des tendons du long abducteur, court fléchisseur du pouce et radiaux.

On constate au niveau du coude droit une légère douleur à la pression de l'interligne articulaire en arrière. On trouve à la pression du genou gauche et du tendon du biceps, au niveau de la tête du même côté, une douleur à la pression. Pas d'épanchement. Légère douleur analogue du côté droit, sans épanchement. Les autres articulations sont normales.

Le malade a 39°4 de température le 5 février au soir.

Depuis cinq, six jours, il ressent des maux de tête, surtout la nuit : douleurs frontales et oculaires.

Il n'a pas de maux de gorge. Le malade a des sueurs nocturnes depuis deux mois, mais ce symptôme ne s'est pas accentué ces jours derniers.

Les urines sont claires, non sédimenteuses.

On constate une poussée de vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure et la lèvre inférieure. Le malade n'a pas de blennorragie et n'en a jamais eu. Il n'a jamais été malade. Le père est vivant, bien portant, souffre de douleurs articulaires. La mère est morte d'un cancer de l'utérus à quarante-neuf ans.

Un frère épileptique, une sœur bien portante, 4 frères et sœurs morts de cause inconnue en bas âge.

5 février. — On donne au malade un traitement mercuriel intensif : injection de biodure d'hydrargyre de 0 gr. 004 quoti-

dienne et 2 grammes de KI. Pendant trois jours on lui donne 4 grammes de salicylate de soude qui n'amènent aucune sédation. On substitue au biiodure les frictions mercurielles pendant trois jours, puis les injections de calomel hebdomadaires.

15 février. — Il ne restait plus qu'une légère tuméfaction des tendons du côté radial du poignet droit. Les douleurs des genoux, des coudes, avaient disparu.

Le malade accuse du côté gauche une douleur du poignet, analogue à celle du côté droit. La localisation par la pression est la même : bord radial et face dorsale du poignet.

Traitement continué : on y ajoute 4 grammes de salicylate de soude.

Les jours suivants la tuméfaction apparaît ; elle revêt les mêmes caractères que celle du côté opposé : synovite de tendons long abducteur, court extenseur et radiaux.

Peu à peu la tuméfaction des tendons droits disparaît à mesure que s'accroît la tuméfaction des tendons gauches. Les autres articulations sont libres. La température reste élevée.

Au cœur, on entend au niveau de la pointe un souffle systolique léger et doux, ne se modifiant pas par le déplacement du malade.

3 mars. — On fait au malade une piqûre d'huile grise.

Le même traitement, iodure et salicylate est continué.

L'amélioration du malade est lente et progressive.

Le chancre et la roséole ont complètement disparu.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à A. Fournier in *Gaz. hebdom.*, 1868.)

La femme C..., âgée de vingt-six ans, entre dans mon service, à Lourcine, le 8 septembre dernier, affectée d'une syphilis dont l'origine remonte à trois mois environ. C'est une femme d'une bonne santé habituelle, de constitution moyenne, n'ayant jamais fait de graves maladies et notamment n'ayant jamais eu de rhumatismes. Elle présente de nombreux accidents actuels de syphilis, à savoir : pléiades inguinales très accusées ; à la vulve, nombreuses papules muqueuses, saillantes, discoïdes, superficiellement érosives ; roséole érythémateuse sur tout le corps, psoriasis palmaire, croûtes acnéiformes du cuir chevelu, adénopathies cervicales, etc. Aucune médication jusqu'à ce jour. Traitement par le protoiodure d'hydrargyre, pansements, bains, etc.

18 septembre. — Cette femme se plaint à nous d'avoir les mains « comme engourdies ». Les doigts, nous dit-elle, sont raides, embarrassés, douloureux, ce qui fait qu'elle ne peut s'en servir ; elle ne peut rien soulever, rien serrer entre les mains, spécialement le matin au réveil. Nous constatons, en effet, que les doigts paraissent un peu gonflés, qu'ils ne peuvent ni s'étendre ni se fléchir avec agilité, et qu'ils ne serrent que très faiblement notre main. Mais ce qui nous frappe le plus, c'est une tuméfaction très apparente qui occupe le métacarpe droit. Sur la face dorsale de ce métacarpe et dans sa moitié supérieure existe une

saillie en forme d'amande, allongée verticalement, mesurant en ce sens 3 ou 4 centimètres sur 1 cm. 1/2 transversalement, obliquement dirigée suivant le trajet du tendon extenseur du petit doigt. Cette petite tumeur est fluctuante; elle est indolente, même à forte pression, et les téguments qui la recouvrent ont une coloration normale. Sur le métacarpe gauche, il n'existe pas de tumeur semblable; nous y remarquons simplement un peu d'empâtement diffus. Même traitement interne. Aucun topique n'est appliqué sur la main.

19 septembre. — Même état. De plus, la malade accuse des douleurs dans les genoux, douleurs vagues, non localisables; les papules vulvaires sont cicatrisées.

22 septembre. — Amélioration très notable. La saillie de la face dorsale du métacarpe s'affaisse, les mouvements de la main sont plus libres; douleurs des genoux disparues.

26 septembre. — Il ne reste plus trace à la main de la saillie que nous avons constatée; mouvements de la main absolument libres et normaux.

28 septembre. — La malade quitte l'hôpital malgré nous. La roséole est moins apparente; le psoriasis des mains et les adénopathies persistent sans modification.

OBSERVATION IX (Du même)

C. M..., âgée de vingt-sept ans, entre le 25 août 1868, dans mon service de Lourcine. C'est une femme de constitution moyenne, un peu pâle, jouissant toutefois d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu de rhumatisme.

Elle se dit malade depuis un mois environ. A cette époque

elle s'est sentie des « boutons » aux parties génitales. Elle n'a fait aucun traitement interne. Nous constatons sur elle plusieurs chancres indurés de la vulve et des pléiades inguinales très accentuées...

1^{er} septembre. — La malade se plaint de maux de tête survenus depuis quelques jours. Début d'une syphilide érythémateuse avec quelques petites papules croûteuses ; croûtes acnéiformes du cuir chevelu, mal de gorge, rougeur de l'isthme du gosier mais sans ulcérations. Traitement : une pilule de protoiodure de 5 centigrammes.

Les jours suivants, la syphilide continue à se développer.

6 septembre. — Douleurs assez vives dans le genou gauche, spontanées mais exagérées par la marche, par la pression et par les mouvements communiqués ; tuméfaction diffuse de la région. Nous croyons constater un très léger épanchement articulaire, mais nous sommes surtout frappé de ce fait que les points où la pression éveille le plus de douleur sont exactement limités aux insertions des muscles biceps et demi-membraneux. Même traitement, liniment au chloroforme et laudanum ; repos.

7 septembre. — L'épanchement articulaire n'est pas douteux. Même traitement.

10 septembre. — Ces divers symptômes commencent à s'atténuer. Les jours suivants, disparition complète de l'épanchement ; il ne reste que quelques douleurs péri-articulaires. Irritation des gencives qui porte à suspendre le traitement.

La semaine suivante, deux nouveaux symptômes ; retour des maux de tête qui éclatent régulièrement vers six heures pour durer toute la nuit ; accès fébriles intermittents, nocturnes, caractérisés par trois stades successifs de frisson, de chaleur et de sueur (jamais la malade n'a eu de fièvres palustres, elle n'a jamais

habité de pays marécageux, elle n'a pas de lésion organique susceptible de déterminer des accès intermittents). La syphilide s'est effacée, les ulcérations vulvaires ne se cicatrisent qu'avec lenteur. Traitement : iodure de potassium à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes.

Enfin, vers le 25, débute le symptôme sur lequel nous voulons appeler l'attention et qui atteint son complet développement le 28. A cette date, nous constatons ce qui suit : douleurs vives dans le pied gauche, rendant la marche très pénible et presque impossible ; ces douleurs siègent sur l'extrémité inférieure du tibia, en avant, à peu près au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. En ce point, tuméfaction très apparente, formant une bosselure allongée, laquelle mesure 4 à 5 centimètres verticalement sur 2 à 3 centimètres en largeur ; inférieurement, cette saillie est subitement interrompue, comme si elle était étranglée par un anneau. Cette tuméfaction suit exactement le trajet du tendon du muscle extenseur commun des orteils ; elle est douloureuse au toucher, elle donne une sensation assez nette de fluctuation. Les téguments, à son niveau, n'offrent pas de teinte inflammatoire. La malade ne peut remuer les quatre derniers orteils. Si l'on vient à imprimer de légers mouvements à ces orteils, surtout au troisième et au second, on détermine aussitôt une très vive douleur, dont le siège est rapporté par la malade à la tumeur que nous venons de décrire. A cet ensemble de signes, il est impossible de méconnaître une *synovite tendineuse*, affectant les tendons du muscle extenseur commun.

De plus, la malade se plaint d'une douleur dans le coude, laquelle se serait manifestée depuis la veille. Elle ne peut étendre complètement l'avant-bras sur le bras ; elle ne peut également le fléchir qu'avec une certaine souffrance. Nous exami-

nous minutieusement la région du coude : aucune rougeur, aucune tuméfaction ; une pression méthodique, successivement exercée sur toutes les parties, nous montre qu'un seul point est douloureux et ce point correspond très exactement au tendon du muscle biceps. C'est au niveau de ce tendon, uniquement, que l'exploration éveille la souffrance ; partout ailleurs, la sensibilité est normale. C'est encore en ce point que se fait sentir la douleur lorsque nous étendons l'avant-bras sur le bras ou bien que nous lui imprimons une pronation forcée. Nul doute, en conséquence, que cette douleur ne réside dans le tendon du muscle triceps brachial. Traitement : iodure de potassium, 2 grammes ; liniment au chloroforme et au laudanum.

29 septembre. — Aucune modification.

30 septembre. — La tumeur située au-dessus du ligament dorsal du tarse s'est affaissée et ne laisse plus qu'un empâtement légèrement œdémateux, où la pression du doigt est à peine douloureuse. En revanche, au-dessous de ce ligament, sur le tiers du dos externe du pied, existe depuis hier une tuméfaction très notable avec suffusion rosée des téguments, douleurs assez vives à la pression et œdème. Sur un point, cette nouvelle tumeur est nettement fluctuante, surtout lorsque le pied est fortement étendu. Mêmes troubles fonctionnels, même douleur, au niveau de la saignée sur le tendon du biceps ; de plus, douleur à la pression assez vive, circonscrite exactement au niveau de l'épicondyle. Apyrexie. Même traitement.

2 octobre. — La tuméfaction du pied s'est accrue ; elle occupe aujourd'hui tout le métatarse ; suffusion rosée des téguments, œdème considérable ; en déprimant cet œdème, on sent une fluctuation profonde ; douleurs spontanées assez vives pour empêcher le sommeil ; douleurs intenses à la pression, devenant intolérables

lorsqu'on imprime quelque mouvement aux orteils ; toutes les articulations du pied paraissent saines ; mêmes douleurs au tendon du biceps. On continue l'iodure ; cataplasmes laudanisés sur le pied.

La malade reste en observation.

OBSERVATION X

In Le Dentu. — Clinique chirurgicale, 1904

« Je me souviens avoir vu jadis à la Salpêtrière une femme chez laquelle je fus amené à porter le diagnostic de synosite tendineuse syphilitique. Elle avait aussi, à la région antérieure du poignet, une tumeur douée de cette consistance pâteuse et offrant ces inégalités nombreuses sur lesquelles j'ai insisté (indurations multiples sous forme de plaques plus ou moins fermes reliées entres elles par des portions de tissus plus souples). Le traitement antisypilitique fut institué et eut des effets assez rapidement favorables. Comme la guérison des synosites fongueuses n'est jamais spontanée, et qu'elle est très difficile à obtenir, même par des moyens tels que la pression méthodique, les pointes de feu et l'ignipuncture, la disposition de la tuméfaction chez cette malade, après l'emploi de la thérapeutique, vint à l'appui de mon interprétation.

OBSERVATION XI

In Le Dentu (résumée)

Le malade, âgé de trente-cinq ans, a eu un chancre sur le gland

il y a une quinzaine d'années, une roséole, puis des plaques muqueuses à la gorge et à l'anus. Il présente actuellement trois lésions qui occupent simultanément le bras droit.

Vous avez pu voir, à la partie inférieure du bord interne de l'avant-bras droit, une croûte d'aspect tout particulier, située immédiatement au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus... La nature de cette production croûteuse ne saurait faire question un seul instant. C'est une syphilide cutanée tertiaire, syphilide pustulo-crustacée.

En second lieu, cet homme présente au poignet, toujours du côté droit, une déformation qui est absolument semblable, au premier coup d'œil, à celle que détermine la synovite fongueuse des fléchisseurs. Cette sorte de tumeur, un peu inégale à sa surface, exactement limitée sur ses côtés par les bords radial et cubital de la gouttière vaeléo-carpienne, remonte sur l'avant-bras, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du talon de la main, tandis qu'elle empiète à peu près d'autant sur la paume de la main. Je ne discuterai par la question de savoir si cette tuméfaction siège réellement au niveau des gaines synoviales des fléchisseurs. Sa configuration, ses limites ne peuvent laisser persister de doute à cet égard.

Cette tumeur est plutôt ferme ; ni fluctuante, ni molle ; douée d'une consistance qui n'est nullement celle des fongosités tuberculeuses. Il n'y a pas plus de fluctuation vraie que de fausse fluctuation. La sensation que l'on éprouve ressemble assez bien à celle que procurent les lésions syphilitiques commençantes de la tunique vaginale.

Cet homme rapporte qu'il a eu tout d'abord une tuméfaction sur la face dorsale du poignet et de la main et qu'elle a disparu sur l'influence du traitement antisypilitique. Tout porte à croire

que cette première tumeur était une synovite tendineuse des extenseurs.

Ce malade présente une petite tumeur siégeant à la région du coude, toujours au bras droit. Elle est logée dans la gouttière qui sépare l'épitrochlée du bord interne de l'olécrâne et placée, par rapport à l'axe du bras, immédiatement en dedans de l'épitrochlée, à laquelle elle est en quelque sorte accolée; elle a une forme globuleuse et semble faire corps avec le nerf cubital. J'affirme sans hésiter que son siège est dans la gaine du cubital, et quant à sa nature je pense que ce doit être une petite gomme de cette gaine.

OBSERVATION XII (résumé)

(In thèse Koch)

L. C..., âgée de vingt-trois ans, blanchisseuse, entre une première fois, le 11 juillet 1871, à Lourcine pour lésions spécifiques consistant en plaques muqueuses sur les piliers et à la base de la luette et en syphilides papuleuses sur les deux grandes lèvres.

Elle revient le 19 septembre 1871. — A l'examen nous trouvons plusieurs plaques opalines aux piliers et au voile du palais; la grande lèvre gauche est très volumineuse et œdématiée; son bord présente inférieurement une traînée de syphilides papuleuses humides. La grande lèvre droite et les petites lèvres présentent des plaques de syphilides papulo-hypertrophiques. Au périnée et à la fesse gauche et droite, syphilides papulo-hypertrophiques, ganglions inguinaux.

20 septembre. — La malade se plaint de fatigue dans les deux

maines depuis deux ou trois jours. En effet, il s'est produit presque subitement à la face dorsale du carpe, à la main gauche d'abord, à la main droite ensuite, une tuméfaction bien limitée, de la forme et du volume d'une forte amande, à grosse extrémité tournée vers les doigts. Elle commence au niveau du bord inférieur du ligament annulaire du carpe et se termine à la tête du cinquième métacarpien, obliquement dirigée en bas et en dedans, sur une ligne qui irait du milieu de l'articulation radio-carpienne à la racine du petit doigt. Elle offre une longueur de 0 m. 03 sur une largeur de 0 m. 02. Elle est indolente, même à la pression, immobile, sans adhérence à la peau qui glisse sur elle avec sa coloration normale ; de plus, elle est nettement fluctuante.

Fait important à signaler, les deux tumeurs ont exactement le même volume, la même configuration et une symétrie parfaite de rapports anatomiques. Les mouvements sont affaiblis, mais non gênés ; la malade éprouve de l'engourdissement et non de la douleur.

La fluctuation, les caractères énoncés de ces tumeurs, l'absence de douleur et de rougeur, nous font diagnostiquer un épanchement non inflammatoire de la région carpo-métacarpienne postérieure. D'autre part, les rapports et la direction de chacune de ces tumeurs les font naturellement localiser dans la gaine tendineuse de l'extenseur propre du petit doigt, et peut-être dans la partie correspondante de celle de l'extenseur commun qui descend obliquement beaucoup plus bas vers les doigts en dedans qu'en dehors.

Diagnostic : synovite spécifique avec hydropisie simple dans la gaine tendineuse des muscles extenseurs des doigts à la région métacarpo-carpienne des deux mains.

27 septembre. — Chacune des tumeurs métacarpo-carpienne s'affaisse de plus en plus, surtout à gauche. A droite, il paraît s'être développé un peu de subinflammation, la sensibilité est augmentée et la malade se plaint de souffrir quand on comprime au niveau du troisième métacarpien.

28 septembre. — La saillie a disparu à gauche ; celle de droite diminue sensiblement, c'est à peine si la malade accuse encore quelque douleur à la pression.

30 septembre. — Plus de tuméfaction ni de douleur. La malade est donc guérie et l'évolution a été de treize à quatorze jours sous l'influence d'un traitement rationnel et soutenu.

OBSERVATION XIII (résumée)

La nommée E. J..., âgée de dix-sept ans, couturière, entre le 3 octobre 1871 à l'hôpital de Lourcine. Rien au cœur, pas de douleur dans les membres, jamais de rhumatismes. Elle raconte avoir eu, il y a un mois, un bouton aux parties génitales.

A l'examen, on constate à la fourchette une ulcération dont les bords sont taillés à pic ; sur la grande lèvre droite, une papule humide et autour de l'anus de larges plaques érosives. Pléiade ganglionnaire très accentuée. Accidents de blennorrhagie.

20 octobre. — La malade accuse de l'engourdissement et de la douleur dans le poignet droit. Elle s'est exposée à aucune influence et nous constatons à la région sus-carpienne une petite tumeur arrondie et allongée comme une amande, survenue spontanément. La fluctuation est très manifeste, la longueur est de 3 centimètres, la largeur de un et demi à 2 centimètres.

La tuméfaction est légèrement douloureuse, soit à la pression,

soit dans les mouvements de préhension qui sont les plus gênés ; on ne perçoit pas de crépitation tendineuse.

A la main gauche même lésion, mais moins accusée. D'après leur siège et leur rapport on diagnostique une synovite double avec hydropisie de la gaine tendineuse des extenseurs de doigts. Elles ont absolument la même forme, le même aspect et la même situation des deux côtés.

26 octobre. — Les hygromas tendineux de la face dorsale des mains sont très affaissés et les mouvements sont beaucoup moins gênés.

30 octobre. — Les hydropisies ont complètement disparu et les mouvements sont entièrement rétablis.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(Du même)

D. S..., âgée de soixante-cinq ans, couturière entre à Lourcine le 19 septembre 1871. Aucun antécédent goutteux ni rhumatis-mal. Il y a un an, la malade vit des boutons aux grandes lèvres. Elle éprouva de très vives douleurs dans la gorge et une céphalée intense, surtout nocturne, pendant deux mois.

A l'entrée, plaques opalines sur les amygdales, ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires et épitrochléens volumineux et indurés. On constate une petite saillie sur la face dorsale de la main gauche, grosse comme une amande et fluctuante.

La malade s'est aperçu de sa formation il y a trois semaines : elle ressentait une légère douleur au niveau du troisième métacarpien. La tumeur s'est formée spontanément, progressivement, sans réaction inflammatoire apparente.

A la main droite, même région, seconde tumeur avec sensibilité vive, à la tête du troisième métacarpien. La tuméfaction siège sur le trajet des tendons de l'extenseur commun et propre de l'index. Son volume est à peu près le même qu'à la main gauche. Sa forme est légèrement modifiée par un empâtement du tissu cellulaire voisin.

Diagnostic. — Synovite aux deux mains, avec épanchement dans la bourse séreuse des tendons extenseurs, simple à gauche, subaiguë à droite.

4 octobre. — L'épanchement tendineux droit s'est affaissé progressivement depuis quelques jours ; c'est à peine s'il est appréciable aujourd'hui et la pression n'y réveille plus aucune douleur. Remarquons ici que l'on a dans les mouvements la sensation d'une crépitation très fine, ou plutôt d'un frôlement, dû sans doute au glissement des surfaces séreuses dépolies, une fois l'épanchement à peu près résorbé. Cependant, la fluctuation est encore sensible, quand on embrasse à pleine main la face dorsale du carpe.

A la main gauche la tuméfaction a beaucoup diminué.

6 octobre. — L'hydropisie droite a complètement disparu ainsi que le frôlement.

9 octobre. — La tuméfaction de la main gauche a également disparu.

Les mouvements des doigts sont absolument établis. En général, ils ont été plutôt gênés que douloureux, surtout à gauche et dans la flexion. L'extension était aussi affaiblie. Les mouvements de force étaient impossibles ; par exemple la préhension.

La douleur, pour la main gauche ne se sentait qu'à la pression ; pour la droite l'inflammation de la gaine fit naître des douleurs spontanées assez vives, s'exagérant au point de faire crier le

malade, quand on comprimait ou qu'on provoquait des mouvements.

31 octobre. — La malade sort de l'hôpital avec le libre exercice de ses mains et ne conservant sur le corps que les vestiges de ses nombreuses syphilides.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Du même)

A. M., âgée de trente-quatre ans, domestique, entre le 1^{er} septembre 1868 à l'hôpital de Lourcine. Dans ses antécédents elle affirme n'avoir jamais eu de rhumatisme ni de maladie vénérienne. Au périnée on diagnostique un intertrigo lichenoïde suspect. Pléiade inguinale très accentuée. Adénopathie cervicale postérieure très prononcée. Commencement d'alopécie suspecte.

3 septembre. — Athralgie très vive dans les genoux, datant de quelques jours mais qui s'est accrue depuis hier.

4 septembre. — Se plaint depuis hier de raideur dans la main droite et de gêne dans les mouvements ; elle ne peut serrer fort les objets qu'on lui présente. On trouve une légère tuméfaction dépressible au niveau du troisième métacarpien gauche, ce qui nous fait songer immédiatement à une synovite tendineuse des extenseurs. Notre soupçon se trouve confirmé par une légère douleur qu'éveille la pression en cet endroit, par les manifestations concomitantes, la fluctuation et la marche de l'hydropisie.

5 septembre. — Même état. La malade se plaint de douleur dans l'articulation du coude gauche ; rien de particulier au muscle ni au tendon du biceps.

9 septembre. — L'hygroma sus-carpien commence à diminuer

et les mouvements à se rétablir, sans traitement local et sous la seule influence de la médication antispécifique, à laquelle la malade est soumise depuis son arrivée.

15 septembre. — La malade sort de l'hôpital : l'aspect et les fonctions de la main sont revenus à l'état normal.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Du même)

Cl. R..., âgée de vingt et un ans, couturière, entre à Lourcine le 16 mars 1869 pour une syphilis datant de huit mois.

26 mars. — Douleur très vive dans le jarret gauche, avec exacerbation quand on comprime au niveau du tendon terminal moyen du demi-membraneux. On constate une pointe très sensible et circonscrite sous la ténosité interne du tibia. A ce niveau, sensation d'empâtement avec fluctuation légère. Peau normale et mobile. La pression arrache des cris à la malade. Nous admettons la probabilité d'une hydropisie tendineuse de la patte d'oie.

Nous rencontrons, en outre, sur une longueur de quelques centimètres une douleur au tiers inférieur de la face interne du tibia.

28 mars. — L'empâtement signalé à la tubérosité interne du tibia gauche s'est résumé en une tumeur allongée et aplatie selon la limite postérieure de la patte d'oie. Elle occupe exactement les trajets des tendons du droit interne et du demi-tendineux. La fluctuation est évidente, la douleur beaucoup moindre, même à la presssion.

7 avril. — Les accidents mentionnés commencent à diminuer sous l'influence des traitements. L'épanchement de la patte d'oie a presque disparu, on n'y perçoit plus de fluctuation.

9 avril. — La malade est levée et marche bien. Il ne reste plus trace de la synovite tendineuse ; mais elle éprouve depuis hier une douleur mal localisée au coude droit. L'extension est affaiblie et la flexion ne peut s'effectuer complètement. Les mouvements provoqués sont plus faciles. Pas de changement dans la forme de l'articulation ni de rougeur aux téguments. La douleur siège uniquement en un point, au niveau du tendon du biceps ; de plus la pronation fait souffrir la malade.

19 avril. — La synovite du biceps, demeurée stationnaire pendant quelques jours, subit une régression marquée par le retour progressif des mouvements.

21 avril. — Il n'en reste plus de traces.

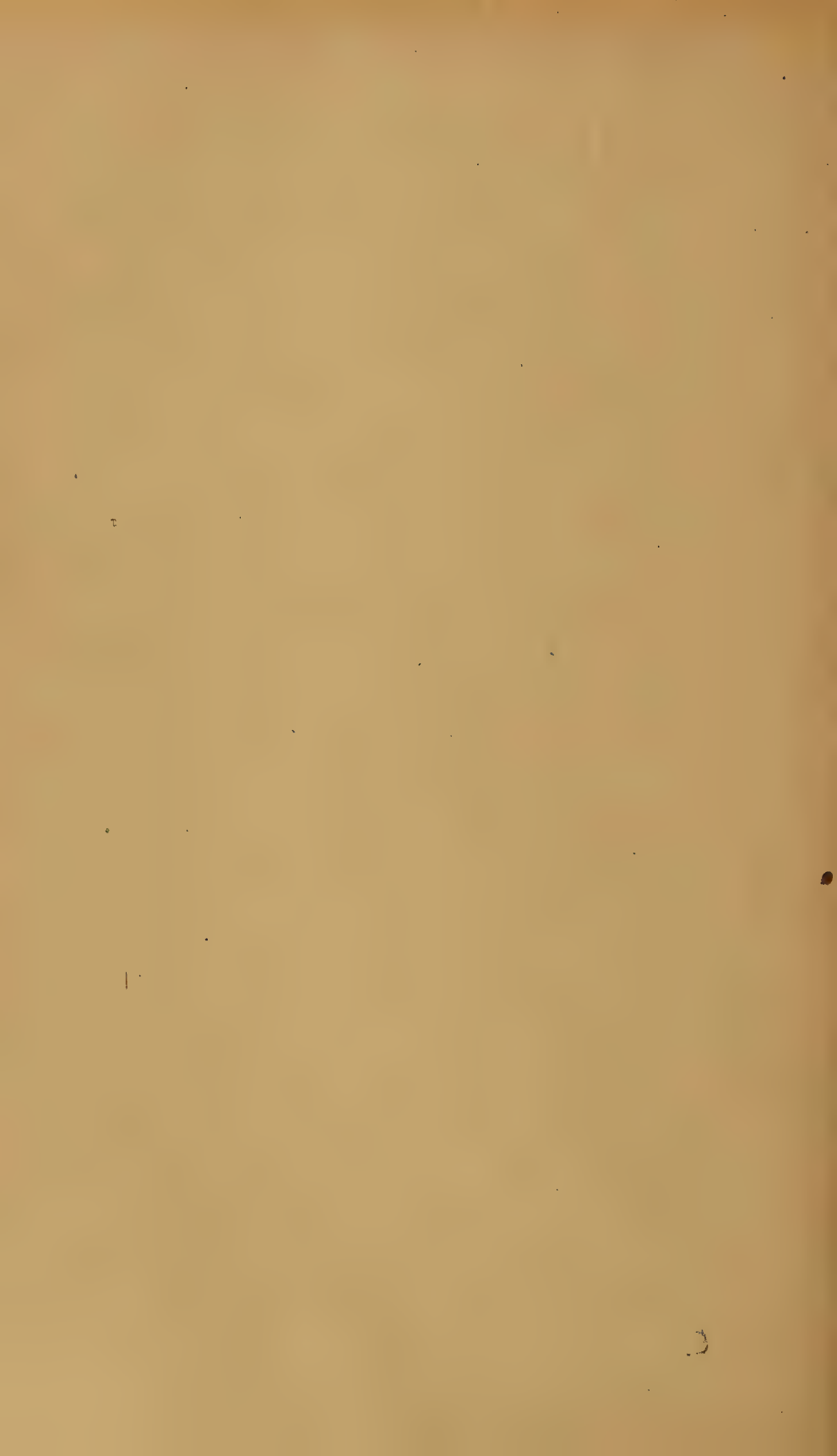
OBSERVATION XVII (Résumée)

(Du même)

G. S..., dix-sept ans, entre le 5 avril 1870 à Lourcine. Elle a eu un chancre à la fourchette il y a six mois environ. La gorge est douloureuse depuis quelques jours et l'on voit des taches grisâtres sur l'amygdale droite. Maux de tête quotidiens s'exagérant la nuit. Roséole sur la poitrine.

14 avril. — Le genou droit est douloureux depuis deux jours, depuis hier il s'est formé à la patte d'oie, endroit très sensible, une légère tuméfaction allongée, oblique du haut en bas et d'arrière en avant. Diagnostic : synovite de la gaine commune au droit interne et au demi-tendineux.

24 avril. — Elle a complètement disparu.



CONCLUSIONS

1° La ténosynovite doit prendre place parmi les manifestations de la syphilis héréditaire. Elle en représente un accident très rare, non encore décrit, et qui peut avoir été confondu avec d'autres localisations sur l'appareil musculo-tendineux telles que la myosite ;

2° Elle paraît être propre à la syphilis héréditaire précoce ;

3° Cliniquement, elle se caractérise par le syndrome suivant :

Contracture musculaire bilatérale portant sur l'extrémité des membres. Dans les formes atténuées il s'agit d'une simple raideur ;

Attitude vicieuse caractérisée par une flexion exagérée ;

Douleur au niveau des tendons ; douleur provoquée par la correction des attitudes vicieuses ;

Crépitation neigeuse au niveau des gaines tendineuses, signe pathognomonique, qu'on provoquera par des mouvements d'extension et de flexion ;

Exsudation séreuse (?) dans les cavités synoviales revêtant l'aspect de kystes synoviaux ;

4° Elle siège de préférence au niveau des bras, sur les tendons des extenseurs de la main et au niveau des membres inférieurs sur les tendons extenseurs du pied ;

5° Elle revêt deux formes : une forme sèche ou crépitante et une forme séreuse.

Ces deux aspects de l'affection peuvent coexister chez le même malade ou se succéder ;

6° Le pronostic paraît favorable. Sous l'influence du traitement, les accidents évoluent vers la guérison en quinze jours à deux mois ;

7° Le traitement mixte : iodure associé aux frictions mercurielles, paraît être le traitement de choix.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de thèse,
M. LETULLE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBIOGRAPHIE

- RANGUEDAT. — Des arthrites dans la syphilis héréditaire. Thèse de doctorat. Paris, 1883.
- APERT. — Syphilis héréditaire tardive : péritonite chronique ou lésions osseuses, etc. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1895).
- GUILLEMOT ET MÉRY. — Double ostéo-arthropathie du genou (Bulletin Soc. méd. des hôpitaux. Paris, avril 1903, n° 12).
- MÉTAYER. — Les Manifestations articulaires dans la syphilis héréditaire tardive. Thèse de doct. Paris, 1904.
- DUNLOP. — Syphilitic synovites in children (Edimb. med. J., décembre 1904).
- GUTERBOCK. — Ueber hereditärische syphilitische Erkrankungen der Gelenke (Arch. f. klin. Chir. Berlin, 1879).
- TAYLOR. — Syphilitic disease of the bones of fingers and toes of children (Phila. med. a. Surg. Report. 1878).
- KIRMISSON ET JACOBSON. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire (Rev. d'orthop. Paris, 1897).
- KRASNOBAYEFF. — Synovite syphilitique de la hanche droite survenant au cours de la période papuleuse chez un enfant de sept mois (Dietsk. med. Moscou, 1900. V).
- PARKINSON. — A case of inherited syphilis, with infantilism, bone, joint and visceal lesions (Brit. med. J. London. 1908, VIII).
- FALKSON. — Zur Lehre von den luetischen Gelenkleiden (Berl. klin. Wochenschr., 1883, n° 25).

BALZER. — Les maladies vénériennes, 1906.

CLUTTON. — Symmetrical synovitis of the knee in hereditary-syphilis (in the Lancet, 27 février 1886).

AUGAGNEUR ET CARLE. — Maladies vénériennes.

FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire, 1905.

FOURNIER (E.). — L'hérédo-syphilis tardive, 1907.

SCHUCHARDT. — Tuberculose et syphilis des gaines tendineuses. Archiv. für Patho. Anato. 1894.

VAFFIER. — Le Rhumatisme syphilitique. Thèse de doct., Paris 1875.

PEKLE. — Des arthropathies syphilitiques précoces. Thèse de doct., Paris 1894.

ROCH. — Quelques observations d'hydropisie des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire. Thèse de doc., Paris 1872.

FOURNIER (A.) et CROUJON. — Synovites et arthropathies syphilitiques. Annales de Derm. et Syph., avril 1902.

DEFONTAINE. — De la Syphilis articulaire. Thèse de doc., Paris 1882.

FOURNIER (E.). Des stigmates de la syphilis héréditaire.

INGOLD. — Des manifestations rhumatoïde au cours de la syphilis secondaire. Thèse de doc., Paris 1875.

MOREAU. — Des affections syphilitiques des bourses séreuses. Thèse de doc., Paris 1873.

KIRMISSON La Ténosite crépitante. Pédiat. prat., Lille 1910.

VERNEUIL. — Des doigts. Hydropisie des gaines tendineuses des extenseurs (Gaz hebdo. 1868, p. 609 et 1873, p. 22).

CHOUET. — De la syphilis dans les bourses séreuses articulaires, sous-cutanées et tendineuses. Thèse de doct., Paris 1874.

MAURIAC. — Synovites tendineuses symptomatiques de la blennorrhagie et de la syphilis. Leçons sur les maladies vénériennes, 1890, p. 470.

LE DENTU. — Clinique chirurgicale, Paris 1904, p. 245.

FOURNIER (A.). — Note sur les lésions des gaines tendineuses

dans la syphilis secondaire (Gaz. hebdo. 1868, p. 645.

OMBREDANNE. — Maladies des muscles, aponévrose, tendons
tissus péri-tendineux, bourses séreuses, in collection
Le Dentu et Delbet 1907.

MOREAU. — Les Affections syphilitiques des bourses séreuses.
Thèse de doc., Paris 1872.

HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
Traduction de Hendrix, Paris, 1885, p. 83.

DU CASTEL. — Annales de Der. et Syh., 1893.

